

УДК 61.614.2

DOI 10.24412/2312-2935-2026-3-999-1019

ПРИЧИНЫ ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ: КВАЛИМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

О.А. Цыганова¹, Н.Н. Ясько^{1,2}, В.А. Постоев¹

¹ ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Архангельск

² Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Архангельской области, г. Архангельск

Актуальность. Неполная оплата или неоплата медицинской помощи, оказанной по обязательному медицинскому страхованию, влияет на финансовую устойчивость медицинской организации. Ведущим дефектом оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями по результатам контрольно-экспертных мероприятий, проводимых в системе обязательного медицинского страхования в регионе, является несоблюдение клинических рекомендаций.

Целью настоящего исследования явилась само- и взаимооценка качества онкологической помощи и выявление причин ее ненадлежащего оказания, в том числе несоблюдение клинических рекомендаций по результатам социологического исследования.

Методом квалиметрического анализа, т.е. количественного определения качественных показателей, изучалась само- и взаимооценка медицинскими работниками качества оказания онкологической помощи. Путем анкетирования изучены мнения 171 медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями в Архангельской области. Использована авторская анкета, где по десяти-балльной шкале оценивалось качество работы врачей-специалистов, работающих в медицинской организации, и по шкале Ликерта определялись возможные причины дефектов качества медицинской помощи, выявленные по результатам экспертизы качества медицинской помощи.

Результаты. Выявлен высокий уровень само- и взаимооценки качества онкологической помощи (9 [9-10] баллов). Основными причинами ненадлежащей медицинской помощи специалисты считают низкую заработную плату, кадровый дефицит и чрезмерные нормативы нагрузки. При этом, большинство медицинских работников не согласны с утверждениями, что причинами некачественной помощи являются дефицит знаний врачей, отсутствие оборудования, лекарств или плохая организация работы учреждения.

Обсуждение. Высокая оценка качества онкологической помощи, выявленная по результатам нашего исследования путем опроса специалистов, ее оказывающих, не совпадает с результатами экспертиз, проведенных экспертами качества медицинской помощи в региональной системе ОМС. Вместе с тем, определение в качестве ведущих причин дефектов оказания онкологической помощи низкого уровня заработной платы, отсутствие или дефицит специалистов в отделении / медицинской организации и чрезмерные нормативы нагрузки на врача, характеризует серьезную проблему, существующую в настоящее время в российском здравоохранении – нехватка специалистов, чрезмерные нагрузки на работающих и, как следствие, ненадлежащее качество медицинской помощи.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о наличии в медицинских организациях материально-технических и организационных возможностей для оказания качественной медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями и системных причинах ненадлежащего ее оказания, связанных с чрезмерной нагрузкой на медицинских работников.

Ключевые слова: качество онкологической помощи, дефект оказания медицинской помощи, соблюдение клинических рекомендаций, мнения медицинских работников, социологическое исследование

CAUSES OF DEFECTS IN ONCOLOGICAL CARE: QUALITY METRIC ANALYSIS

O.A. Tsyganova¹, N.N. Yasko², V.A. Postoev¹

¹ «Northern State Medical University, Arkhangelsk

² Territorial Fund of Compulsory Medical Insurance of Arkhangelsk Region, Arkhangelsk

Relevance. Incomplete payment or non-payment for medical care provided under the compulsory health insurance system affects the financial stability of a medical organization. According to the results of control and expert assessments conducted within the regional compulsory health insurance system, the leading defect in providing medical care to cancer patients is non-compliance with clinical guidelines.

The aim was the self- and peer-assessment of the quality of oncological care and the identification of reasons for its inadequate provision, including non-compliance with clinical guidelines, based on the results of a sociological study.

Methods. Using the method of qualimetric analysis, i.e., the quantitative determination of qualitative indicators, the self- and peer-assessment of the quality of oncological care by medical workers was assessed. A survey of 171 medical workers who provides care to cancer patients in the Arkhangelsk region was conducted. An original questionnaire was used, where the quality of medical care in the medical organization was assessed on a ten-point scale, and possible reasons for quality defects in medical care, identified based on the results of medical care quality expert assessments, were determined using a Likert scale.

Results. A high level of self- and peer-assessment of the quality of oncological care was found (9 [9-10] points). Specialists consider the main reasons for inadequate medical care to be low wages, staff shortages, and excessive workload standards. At the same time, the majority of medical workers disagreed with the statements that the reasons for poor-quality care are a lack of knowledge among doctors, absence of equipment or medications, or poor organization of the institution's work.

The high assessment of the quality of oncological care, found through our study by surveying the medical specialists does not coincide with the results of examinations conducted by medical care quality experts within the regional compulsory health insurance (CHI) system.

Furthermore, the identification of low salary levels, the absence or shortage of specialists in a department/medical organization, and excessive workload standards for physicians as the leading causes of defects in oncological care characterizes a serious problem currently existing in Russian healthcare: a shortage of specialists, excessive workloads on existing staff, and, as a consequence, inadequate quality of medical care.

Conclusion. The obtained results indicate that medical organizations possess the material, technical, and organizational capabilities to provide quality medical care to patients with malignant neoplasms,

and that systemic reasons for its inadequate provision are related to the excessive workload on medical workers.

Keywords: quality of cancer care, deficiencies in medical care, adherence to clinical guidelines, opinions of healthcare workers, sociological research

Введение. Совершенствование оказания медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями является одной из приоритетных задач российского здравоохранения. Оказание медицинской помощи на основе клинических рекомендаций является требованием действующего законодательства, а его несоблюдение – одним из оснований для неоплаты (неполной оплаты) медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в рамках обязательного медицинского страхования.

В систематическом обзоре и метаанализе, проведенном Ледовских Ю.А. и Федяевой В.К. в 2024 году еще раз подтверждено, что приверженность врачей следованию клиническим рекомендациям позволяет снизить смертность пациентов с онкологическими заболеваниями [1]. Вместе с тем, по результатам анализа контрольно-экспертных мероприятий, проведенных экспертами в отношении онкологической помощи в Архангельской области в 2018-2023 гг., выявлено, что ведущим дефектом медицинской помощи, являлось несоблюдение клинических рекомендаций [2,3]. Эти результаты послужили основанием для выяснения причин, приводящих к несоблюдению клинических рекомендаций и проведения социологического исследования среди медицинского персонала, оказывающего медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями.

Цель исследования. На основе изучения мнений медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями в Архангельской области, дать оценку качеству онкологической помощи и выявить причины ее ненадлежащего оказания.

Материалы и методы исследования. Для изучения качества медицинской помощи, оказываемой пациентам с онкологическими заболеваниями, и его детерминант было проведено поперечное исследование. Предметом исследования явилось мнение медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь пациентам со злокачественными новообразованиями в 2024 году в медицинских организациях Архангельской области, о качестве оказываемой медицинской помощи и причинах дефектов, выявляемых врачами-экспертами при экспертизе качества медицинской помощи. Из генеральной совокупности, представленной 1975 медицинскими работниками, работающими в трех государственных

медицинских организациях Архангельской области 2 и 3 уровня и оказывающими медицинскую помощь по профилю «онкология», случайным образом была сформирована выборка из 171 медицинского работника, давшего добровольной информированное согласие на участие в исследовании. Указанный объем выборки на основании расчета, выполненного при помощи ПО WinPepi 11.65, позволял достичь мощности исследования 80%. Социально демографические характеристики и квалификация респондентов представлена в таблице 1.

Таблица 1

Социально-демографические характеристики респондентов, %

Характеристика	Абсолютное число респондентов	Удельный вес, %
Пол		
мужской	39	22,2
женский	133	77,8
Группа по возрасту, лет		
23-29	41	24,0
30-39	53	31,0
40-49	38	22,2
50-59	20	11,7
60 -69	19	11,1
Квалификационная категория		
высшая	35	20,8
первая	18	10,7
вторая	8	4,8
без категории	107	63,7
Группа медицинских специальностей		
врачи-лечебники	50	29,4
врачи-диагносты	47	27,6
врачи-онкологи	46	27,1
средний медицинский персонал	27	15,9
Структурное подразделение		
поликлиника	29	17,3
стационар	52	31,0
дневной стационар	14	8,2
параклиника	73	43,5
Должность		
руководитель	18	10,6
линейный работник	152	89,4
Всего	171	100

В анкетировании приняли участие 171 медицинский работник, из них 84,1% врачебного и 15,9% среднего медицинского персонала. Подавляющее большинство опрошенных (77,8%) – женщины. Средний возраст респондентов 40,9 ($\pm 12,9$) лет, стаж работы по специальности – 15,3 ($\pm 12,6$) лет.

В анкетировании приняли участие 171 медицинский работник, из них 84,1% врачебного и 15,9% среднего медицинского персонала. Подавляющее большинство опрошенных (77,8%) – женщины. Средний возраст респондентов 40,9 ($\pm 12,9$) лет, стаж работы по специальности – 15,3 ($\pm 12,6$) лет.

По основным группам специальностей все врачи распределились следующим образом: 27,1% составили врачи-онкологи (онкологи (18,8%), хирурги-онкологи (0,6%), химиотерапевты (1,2%), радиологи (6,5%)), 27,7% - врачи-диагносты (эндоскописты (1,8%), врачи функциональной диагностики (1,2%), врачи УЗИ (2,4%), рентгенологи (5,3%), врачи клинической лабораторной диагностики (КЛД) (15,3%), патологоанатомы (3,5%)), 29,3% - врачи-лечебники (акушер-гинекологи (2,4%), терапевты (8,9%), врачи общей практики (1,8%), неврологи (1,8%), хирурги (1,2%), анестезиологи (7,1%), эндокринологи (0,6%), офтальмологи (0,6%), дермато-венерологи (0,6%), хирурги (1,2%), урологи (0,6%), организаторы здравоохранения (2,4%).

Обращает на себя внимание тот факт, что больше половины (63,7%) медицинских работников не имели квалификационной категории. Лишь каждый пятый (20,8%) специалист аттестован на высшую категорию, 10,7% - на первую и 4,8% - на вторую. Каждый десятый (10,6%) занимает в медицинской организации руководящую должность. При распределении изученного контингента по месту работы на долю работающих в стационарных условиях пришлось 31,0%, в амбулаторных – 17,3%, в условиях дневного стационара – 8,2%. Врачи параклинических подразделений составили 43,5%.

Социологическое исследование методом анонимного анкетирования проводилось на основе авторской анкеты, состоящей из двух частей: в первой - по десяти-балльной шкале респонденты оценивали качество работы врачей-специалистов, работающих в медицинской организации, во-второй – по шкале Ликерта определяли возможные причины дефектов, выявленных в результате экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП). Для оценки результатов опроса использовался метод квалитетического анализа, включающий количественную оценку качественных показателей, в частности качества оказания медицинской помощи пациентам, страдающим онкологическими заболеваниями.

Программа статистической разработки полученных данных основывалась на использовании традиционных методов классификации учетных признаков. В качестве зависимых переменных приняты два показателя:

- оценка качества работы врачей-специалистов, работающих в медицинской организации (по десятибалльной шкале);
- причины дефектов (недостатков) медицинской помощи, выявленных по результатам ЭКМП.

К независимым переменным нами отнесены социально - профессиональные характеристики: пол, стаж работы, категория медицинского работника, квалификация, наличие руководящей должности в медицинской организации. Категории медицинских работников включали: (1) врачей-онкологов (т.е. врачи, непосредственно оказывающие медицинскую помощь по профилю «онкология»), (2) врачей других специальностей, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями, за исключением врачей диагностических подразделений, (3) врачей диагностических подразделений и (4) средний медицинский персонал.

Данные, представленные непрерывными величинами (возраст, стаж работы) представлены в виде средних и среднеквадратичных отклонений.

Данные, представленные категориальными переменными, представлены в виде абсолютных значений и долей частотного распределения признаков. Сравнение категориальных переменных проводилось путем составления таблиц сопряженности с оценкой значимости различий по тесту хи-квадрат Пирсона (χ^2).

Данные, представленные дискретными переменными представлены в виде медианы и 25-75 перцентиля [p25-p75], анализировались при помощи непараметрических методов дисперсионного анализа, а именно непараметрического критерия Краскела-Уоллиса и серии попарных сравнений с помощью тестов Манна-Уитни, т.к. имели распределение, отличное от нормального.

Анализ причин дефектов медицинской помощи проводился на основании ответов респондентов по шкале Ликерта после присвоения каждому из ответов балльной оценки: от 1 – совершенно не согласен до 5 – совершенно согласен. Нейтральной позиции «не знаю, не имею мнения по данному вопросу» присвоено 3 балла. Далее рассчитаны медианные значения для каждого утверждения. При помощи непараметрического критерия Краскела-Уоллиса и серии попарных сравнений с помощью тестов Манна-Уитни проведено сравнение ответов между

группами респондентов. Рейтинговое распределение причин в соответствии с группой респондентов проводилось на основе расчета среднего арифметического.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы Stata 18.0.

Проводимое исследование было анонимным и не включало сбор персональных данных от респондентов. Протокол исследования был одобрен комитетом по этике СГМУ, протокол № 08/11-23 от 29.11.2023г.

Результаты. Медицинские работники достаточно высоко оценили качество медицинской помощи, оказываемой в своей медицинской организации (9 [9-10] баллов). При этом оценка качества работы других врачей и самооценка респондента значимо не отличались (табл.2). При анализе качества работы врачей-специалистов разными группами медицинского персонала выявлены значимые различия в оценке среднего медицинского и врачебного персонала. Так, средний медицинский персонал значимо ниже оценил качество работы практически всех врачей-специалистов, за исключением врачей-лаборантов. Обращает на себя внимание более низкая оценка всеми группами качества работы хирургов-онкологов. Статистически значимых различий в оценке качества работы специалистов разных подразделений клиник, руководителей и линейного персонала, а также лиц из разных возрастных групп нами не выявлено.

Большинство медицинских работников не согласны с тем, что причины дефектов оказания медицинской помощи, выявляемых по результатам ЭКМП связаны с мотивацией и уровнем знаний самих специалистов (табл.3). Так, две трети (64,5%) респондентов не согласны с утверждением, что причиной дефектов являются дефицит знаний и навыков врачей по применению новых методов диагностики и лечения, и 71,9% - не согласны с тем, что такой причиной могут быть нежелание или невозможность врачей знакомиться с нормативными документами, в т.ч. клиническими рекомендациями.

Вторая группа причин, приводящих к оказанию медицинской помощи ненадлежащего качества, касается ресурсного обеспечения и организации лечебно-диагностического процесса. Так, половина (54,5%) респондентов не согласна с тем, что причиной дефектов является отсутствие в учреждении необходимого оборудования и медицинских изделий для выполнения требований клинических рекомендаций. Менее половины респондентов (48,8%) не согласны с утверждением, что причиной является отсутствие или дефицит лекарственных препаратов, необходимых для лечения согласно клиническим рекомендациям. Подавляющее

большинство (78,3%) не согласны с тем, что в медицинской организации нет технической возможности ознакомиться с клиническими рекомендациями. Велика доля лиц (70,7%), не согласных с утверждением о ненадлежащей организации медицинской помощи в учреждении.

Большинство медицинских работников не согласны с тем, что причины дефектов оказания медицинской помощи, выявляемых по результатам ЭКМП связаны с мотивацией и уровнем знаний самих специалистов (табл.3). Так, две трети (64,5%) респондентов не согласны с утверждением, что причиной дефектов являются дефицит знаний и навыков врачей по применению новых методов диагностики и лечения, и 71,9% - не согласны с тем, что такой причиной могут быть нежелание или невозможность врачей знакомиться с нормативными документами, в т.ч. клиническими рекомендациями.

Таблица 2

Оценка качества работы врачей-специалистов, оказывающих медицинскую помощь
 пациентам с онкологическими заболеваниями, баллы

№ п/ п	Наименование признака	Врачи- лечебники, М [p25-p75]	Врачи- диагносты М [p25- p75]	Врачи- онкологи М [p25- p75]	Средний медицинс кий персонал М [p25- p75]	Всего, М [p25- p75]	p ¹
1	Качество работы врачей онкологов	9,0 [7,0-10,0]	10,0 [8,0-10,0]	9,0 [8,0-10,0]	6,5 [5,0-9,0]	9,0 [8,0- 10,0]	<0,001
2	Качество работы химиотерапевтов	9,0 [8,0-10,0]	10,0 [9,0-10,0]	10,0 [9,0-10,0]	8,0 [5,0-9,0]	10,0 [8,5- 10,0]	0,003
3	Качество работы онкологов- радиологов	9,0 [9,0-10,0]	10,0 [9,0-10,0]	10,0 [9,0-10,0]	8,0 [7,0-9,0]	9,0 [9,0- 10,0]	0,025
4	Качество работы врачей акушеров – гинекологов	9,0 [8,0-10,0]	10,0 [9,0-10,0]	9,0 [8,0-10,0]	8,0 [6,0-10,0]	10,0 [8,0- 10,0]	0,007
5	Качество работы врачей-лаборантов	9,0 [8,0-10,0]	10,0 [9,0-10,0]	9,0 [8,0-10,0]	10,0 [8,5-10,0]	10,0 [9,0- 10,0]	0,281
6	Качество работы рентгенологов	9,0 [8,0-10,0]	10,0 [9,0-10,0]	9,0 [8,0-10,0]	8,0 [7,0-10,0]	9,0 [8,0- 10,0]	<0,001
7	Качество работы гистологов	9,0 [9,0-10,0]	10,0 [9,0-10,0]	9,0 [8,0-10,0]	8,0 [7,0-10,0]	10,0 [8,0- 10,0]	0,002
8	Качество работы	8,0	10,0	9,0	8,0	9,0	0,054

	хирургов-онкологов	[7,0-10,0]	[8,0-10,0]	[8,0-10,0]	[5,0-9,0]	[7,5-10,0]	
9	Качество медицинской помощи, оказываемой медицинским работником лично	9,0 [8,0-10,0]	10,0 [9,0-10,0]	9,0 [8,0-10,0]	8,0 [7,0-10,0]	9,0 [8,0-10,0]	<0,001
10	Качество медицинской помощи, оказываемой в отделении, где работает специалист	9,0 [8,0-10,0]	10,0 [9,0-10,0]	10,0 [9,0-10,0]	10,0 [9,0-10,0]	9,0 [9,0-10,0]	0,096
11	Качество медицинской помощи, оказываемой в медицинской организации, в целом	9,0 [8,0-10,0]	9,5 [9,0-10,0]	9,0 [8,0-10,0]	7,0 [5,0-9,0]	9,0 [8,0-10,0]	<0,001
12	Качество организации онкологической помощи в медицинской организации	9,0 [8,0-9,0]	10,0 [9,0-10,0]	9,0 [8,0-10,0]	6,0 [5,0-9,0]	9,0 [8,0-10,0]	<0,001

¹ - p для теста Краскела-Уоллиса

Большинство медицинских работников не согласны с тем, что причины дефектов оказания медицинской помощи, выявляемых по результатам ЭКМП связаны с мотивацией и уровнем знаний самих специалистов (табл.3). Так, две трети (64,5%) респондентов не согласны с утверждением, что причиной дефектов являются дефицит знаний и навыков врачей по применению новых методов диагностики и лечения, и 71,9% - не согласны с тем, что такой причиной могут быть нежелание или невозможность врачей знакомиться с нормативными документами, в т.ч. клиническими рекомендациями.

Вторая группа причин, приводящих к оказанию медицинской помощи ненадлежащего качества, касается ресурсного обеспечения и организации лечебно-диагностического процесса. Так, половина (54,5%) респондентов не согласна с тем, что причиной дефектов является отсутствие в учреждении необходимого оборудования и медицинских изделий для выполнения требований клинических рекомендаций. Менее половины респондентов (48,8%)

не согласны с утверждением, что причиной является отсутствие или дефицит лекарственных препаратов, необходимых для лечения согласно клиническим рекомендациям. Подавляющее большинство (78,3%) не согласны с тем, что в медицинской организации нет технической возможности ознакомиться с клиническими рекомендациями. Велика доля лиц (70,7%), не согласных с утверждением о ненадлежащей организации медицинской помощи в учреждении.

По мнению респондентов, основными причинами ненадлежащей медицинской помощи являются чрезмерные нагрузки на врача, что вызвано как высокими нормативами нагрузки (с этим утверждением не согласны лишь 22,9% респондентов), так и отсутствием или дефицитом специалистов в отделении / медицинской организации (не согласны 25,5%). Это приводит к отсутствию времени для надлежащего оформления медицинской документации (не согласны 34,9%). При этом доля лиц, не согласных с утверждением, что основная причина дефектов в финансовом обеспечении, значительна. Так, меньше половины (41,1%) специалистов не согласны с тем, что причиной некачественной медицинской помощи является низкая заработная плата персонала и отсутствие мотивации работать хорошо, а половина (49,4%) респондентов - с тем, что в учреждении отсутствуют стимулы работать качественно.

По нашему мнению, такие причины как «все равно все требования не выполнишь, их слишком много» и «эксперты несправедливы, им бы только списать с нас деньги» больше свидетельствуют о эмоциональных симптомах профессионального выгорания, являющегося следствиями чрезмерных нагрузок. Большинство (57,3%) респондентов не согласны с первым из приведенных выше утверждений и 40,0% - со вторым.

Ранжирование причин некачественной медицинской помощи, оказываемой пациентам с онкологическими заболеваниями, по мнению медицинских работников выявило, что минимальное количество баллов получило отсутствие технической возможности ознакомиться с клиническими рекомендациями (1,9 баллов). Тогда как лидерами стали три основных причины, получившие 3,7 баллов: низкая заработная плата, отсутствие мотивации работать хорошо; отсутствие или дефицит специалистов в отделении / медицинской организации; чрезмерные нормативы нагрузки на врача (табл.4).

Анализ мнений разных групп специалистов показал значимые различия в утверждениях (табл.5). Так, такая причина выявленных дефектов оказания медицинской помощи, как дефицит знаний или навыков оценена респондентами в 2 балла [1,0-3,0]. При этом, врачи-диагносты придали этой причине гораздо меньшее значение (2,0 [1,0-2,0]), чем средний медицинский персонал (3,0 [2,0-4,0]). Такого же мнения придерживаются

специалисты и о нежелании или невозможности врачей знакомится с клиническими рекомендациями (2,0 [1,0-3,0]). При этом, врачи всех специальностей оценили эту причину как менее значимую, по сравнению с сестринским персоналом.

Таблица 3

Мнения специалистов о причинах дефектов медицинской помощи, выявленных по
результатам экспертных мероприятий, в %

Причины дефектов Утверждения	Сов ерш енн о не согл асен	Скор ее не согла сен	Скор ее согла сен	Сове ршен но согла сен	Не знаю, нейтрал ьно
дефицит знаний или навыков врачей применения новых методов диагностики и лечения	30,1	34,4	25,3	4,2	6,0
нежелание или невозможность врачей знакомиться с нормативными документами, в т.ч. клиническими рекомендациями	31,4	40,1	13,8	5,4	9,0
отсутствие в учреждении необходимого оборудования и медицинских изделий для выполнения требований клинических рекомендаций	18,2	36,4	26,1	10,9	8,5
нет технической возможности ознакомиться с клиническими рекомендациями	51,8	26,5	12,7	3,6	5,4
нет времени для надлежащего оформления медицинской документации	10,2	24,7	37,4	23,5	4,2
все равно все требования не выполнишь, их слишком много	12,8	31,7	29,3	16,5	9,8
эксперты несправедливы, им бы только списать с нас деньги	8,5	31,5	29,1	14,6	16,4
отсутствие или дефицит лекарственных препаратов, необходимых для лечения согласно клиническим рекомендациям	17,5	31,3	19,3	13,3	18,7
ненадлежащая организация медицинской помощи в учреждении	34,2	36,6	15,9	2,4	11,0
низкая заработная плата	9,5	31,6	29,2	23,8	6,0
отсутствие или дефицит специалистов в отделении / медицинской организации	9,1	16,4	35,2	35,2	4,2
отсутствие стимулов работать качественно	15,1	34,3	25,3	17,5	7,8
чрезмерные нормативы нагрузки на врача	5,4	17,5	32,5	35,5	9,0

Таблица 4

Ранговое распределение причин дефектов медицинской помощи, выявляемых по результатам
 контрольно-экспертных мероприятий по мнению медицинских работников, в баллах

Ранговое место	Наименование признака	Оценка, средний балл
10	нет технической возможности ознакомиться с клиническими рекомендациями	1,9
9	нежелание / невозможность врачей знакомиться с нормативными документами, в т.ч. клиническими рекомендациями	2,2
9	ненадлежащая организация медицинской помощи в учреждении	2,2
8	дефицит знаний или навыков врачей применения новых методов диагностики и лечения	2,4
7	отсутствие в учреждении необходимого оборудования и медицинских изделий для выполнения требований клинических рекомендаций	2,7
6	отсутствие или дефицит лекарственных препаратов, необходимых для лечения согласно клиническим рекомендациям	2,8
5	отсутствие стимулов работать качественно	2,9
4	эксперты несправедливы, им бы только списать с нас деньги	3,1
3	нет времени для надлежащего оформления медицинской документации	3,4
2	все равно все требования не выполнишь, их слишком много	3,6
1	низкая заработная плата	3,7
1	отсутствие или дефицит специалистов в отделении	3,7
1	чрезмерные нормативы нагрузки на врача	3,7

Выявлены значимые различия в оценке специалистами ресурсного обеспечения и организации медицинской помощи как причине выявленных при экспертизе дефектов. Низкий уровень оценки таких причин, как отсутствие технической возможности ознакомления с клиническими рекомендациями (1,0 [1,0-2,0]), ненадлежащая организация медицинской помощи в учреждении (2,0 [1,0-3,0]), отсутствие материальных ресурсов (отсутствие в учреждении необходимого оборудования и медицинских изделий для выполнения требований клинических рекомендаций (2,0 [2,0-3,0]), отсутствие или дефицит лекарственных препаратов, необходимых для лечения согласно клиническим рекомендациям (3,0 [2,0-4,0])) свидетельствуют о должном материальном и организационном обеспечении лечебно-диагностического процесса в изучаемых медицинских организациях. При этом, значимых

различий по этой группе причин между категориями врачебного персонала выявлено не было, тогда как средний медицинский персонал придает им большее значение.

Третья группа причин дефектов медицинской помощи, связанная с оплатой труда работников, оценивается выше, чем предыдущие. Так, низкая заработная плата, отсутствие мотивации работать хорошо получила в целом оценку в 3,0 [2,0-4,0] балла. Вместе с тем, медиана ответов врачей-диагностов составила 2,0 [2,0-3,0] балла, тогда как сестринского персонала – 4,0 [4,0-4,0] балла. Значимые различия были зафиксированы в оценке стимулов работать качественно (3,0 балла [2,0-4,0]): врачи-диагносты оценили вклад этой причины в 2,0 [1,0-3,0] балла, тогда как средний медицинский персонал – в 3,0 [3,0-4,0].

Четвертая группа причин ненадлежащей медицинской помощи, связанная с чрезмерной нагрузкой на врача оценена респондентами выше (3,0 [3,0-4,0] баллов), но мнения разных групп специалистов и здесь не совпадают (от 3,0 до 4,0 баллов). Так, кадровый дефицит как причина дефектов оценен в 3,0 [2,0-4,0] балла. При этом врачи-диагносты оценили этот факт в 2,0 [2,0-3,0] балла, а средний медицинский персонал – в 4,0 [3,0-4,0] балла. Отсутствие времени для надлежащего оформления медицинской документации оценено в целом в 3,0 [2,0-4,0] балла с значимыми различиями между группами от 2,0 [2,0-3,0] баллов у врачей-диагностов до 3,0 [3,0-4,0] баллов у медицинских сестер.

Таблица 5

Мнения разных групп специалистов о причинах дефектов медицинской помощи,
 выявленных по результатам экспертных мероприятий, М [p25-p75], в баллах

Причины дефектов Группы специалистов	Врачи- лечебн ики	Врачи- диагно сты	Врачи - онкол оги	Средний медицинс кий персонал	Всего	p ¹
дефицит знаний или навыков врачей применения новых методов диагностики и лечения	2,0 [1,0- 3,0]	2,0 [1,0- 2,0]	2,0 [1,0- 3,0]	3,0 [2,0-4,0]	2,0 [1,0- 3,0]	0,0002
нежелание или невозможность врачей знакомиться с нормативными документами, в т.ч. клиническими рекомендациями	2,0 [1,0- 3,0]	2,0 [1,0- 2,0]	2,0 [1,0- 2,0]	3,5 [2,0-5,0]	2,0 [1,0- 3,0]	0,0001
отсутствие в учреждении необходимого оборудования и медицинских изделий для	2,0 [2,0- 3,5]	2,0 [1,0- 3,0]	2,0 [1,0- 3,0]	3,0 [3,0-4,0]	2,0 [2,0- 3,0]	0,0001

выполнения требований клинических рекомендаций						
нет технической возможности ознакомится с клиническими рекомендациями	1,0 [1,0- 2,0]	1,0 [1,0- 2,0]	1,0 [1,0- 2,0]	3,0 [2,0-3,5]	1,0 [1,0- 2,0]	0,0001
нет времени для надлежащего оформления медицинской документации	3,0 [2,0- 4,0]	2,0 [2,0- 3,0]	3,0 [2,0- 4,0]	3,0 [3,0-4,0]	3,0 [2,0- 4,0]	0,0011
все равно все требования не выполнишь, их слишком много	3,0 [2,0- 4,0]	2,0 [2,0- 3,0]	3,0 [2,0- 4,0]	3,0 [2,0-4,0]	3,0 [2,0- 4,0]	0,0667
эксперты несправедливы, им бы только списать с нас деньги	3,0 [2,0- 4,0]	2,0 [2,0- 3,0]	3,0 [2,0- 4,0]	3,0 [3,0-4,0]	3,0 [2,0- 4,0]	0,0159
отсутствие или дефицит лекарственных препаратов, необходимых для лечения согласно клиническим рекомендациям	2,0 [2,0- 4,0]	3,0 [2,0- 5,0]	2,0 [2,0- 3,0]	3,0 [2,0-4,0]	3,0 [2,0- 4,0]	0,0128
ненадлежащая организация медицинской помощи в учреждении	3,0 [1,0- 2,0]	2,0 [1,0- 3,0]	2,0 [1,0- 2,0]	3,0 [2,0-4,0]	2,0 [1,0- 3,0]	0,0002
низкая заработная плата	3,0 [2,0- 3,0]	2,0 [2,0- 3,0]	3,0 [2,0- 4,0]	4,0 [4,0-4,0]	3,0 [2,0- 4,0]	0,0001
отсутствие или дефицит специалистов в отделении / медицинской	3,0 [3,0- 4,0]	2,0 [2,0- 3,0]	3,0 [3,0- 4,0]	4,0 [3,0-4,0]	3,0 [2,0- 4,0]	0,0005
отсутствие стимулов работать качественно	3,0 [2,0- 4,0]	2,0 [1,0- 3,0]	2,0 [2,0- 3,0]	3,0 [3,0-4,0]	3,0 [2,0- 4,0]	0,0001
чрезмерные нормативы нагрузки на врача	3,0 [3,0- 4,0]	2,0 [2,0- 4,0]	3,5 [3,0- 4,0]	4,0 [3,0-4,0]	3,0 [3,0- 4,0]	0,0061

¹ – *p* для теста Краскела-Уоллиса

Пятая группа так называемых «субъективных» причин, оценена респондентами достаточно высоко. Так, невозможность выполнить все требования из-за их количества и несправедливость экспертов оценены специалистами в 3,0 [2,0-4,0] балла. При этом о несправедливости экспертов практически в равной мере утверждают и врачи-онкологи, и средний медицинский персонал.

Обсуждение. Качество медицинской помощи, в частности онкологической, оценивается различными методами. Чаще всего - это оценки экспертов как в рамках

экспертизы качества медицинской помощи, оказанной по ОМС [4], государственного и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности [5], анализ с применением авторских методик углубленной экспертной оценки [6,7].

Субъективная качества онкологической помощи специалистами, ее оказывающими, проводится различными методами: анализ исполнения требований Минздрава России к оформлению учётно-отчётной документации; использование критериев оценки качества на предмет выполнения или невыполнения медицинских услуг, правильности и адекватности назначения лекарственных препаратов, своевременности выполнения методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, оценка результативности проведённого лечения и реабилитации [8-10], а также путем проведения опроса пациентов, для изучения мнений о качестве оказанной им медицинской помощи, её эффективности, удобстве получения [11].

Высокая само- и взаимооценка качества онкологической помощи, выявленная по результатам нашего исследования путем опроса специалистов, ее оказывающих, не совпадает с результатами экспертиз, проведенных экспертами качества медицинской помощи в регионе. Так, контрольно-экспертные мероприятия послужили основанием для финансовых потерь медицинских организаций, которые по разным уровням оказания медицинской помощи составили до 7,8% от стоимости случаев медицинской помощи по профилю онкология, подвергшихся контрольно-экспертным мероприятиям [3]. При этом, самооценка своей деятельности специалистами была столь же высока, как и оценка работы своих коллег.

Во многих исследованиях причинами ненадлежащего качества медицинской помощи, в том числе и по профилю «онкология» признаются плохая организация лечебно-диагностического процесса, отсутствие необходимого оборудования и лекарственных средств [9,11]. Результаты нашего исследования показывают, что эти причины не выделяются медицинскими работниками в качестве основных.

Ряд исследователей отмечают эмоциональное выгорание медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь онкологическим пациентам. Так, в исследовании Есентаевой С.Е. и соавт. [12] выявлено, что большинство медицинских работников (95,6 %) в той или иной мере проживают момент эмоционального напряжения и/или истощения: от оценки «небольшая часть времени» до состояния «все время». В нашем исследовании мы не оценивали эмоциональное состояние медицинских работников, но второе ранговое место такой причины как «все равно все требования не выполнишь, их слишком много» (3,6 балла) и первое ранговое место – у мнений «чрезмерные нормативы нагрузки на врача» и «отсутствие

или дефицит специалистов в отделении / медицинской организации» говорят о необходимости решения в том числе и кадровых задач при организации онкологической помощи населению.

Не смотря на статистически значимые различия, выявленные нами в оценке причин дефектов онкологической помощи в разных группах специалистов, основными причинами дефектов во всех группах врачебного персонала являются низкая заработная плата, дефицит специалистов в отделении и чрезмерные нормативы нагрузки на врача.

Заключение. Специалисты, оказывающие медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями, одинаково высоко оценили качество своей работы и работы своих коллег. Ранжирование причин дефектов медицинской помощи, выявленных по результатам контрольно-экспертных мероприятий, проводимых экспертами качества медицинской помощи, показало, что такие причины как профессиональная подготовка врачей, материально-техническое обеспечение и организация лечебно-диагностического процесса занимают ранговые места ниже медианного значения. Тогда как первое ранговое место по мнению разных групп врачей и среднего медицинского персонала заняли три причины: низкая заработная плата, отсутствие или дефицит специалистов в отделении / медицинской организации и чрезмерные нормативы нагрузки на врача. Также ранговые места выше медианного значения заняли такие причины как нехватка времени для надлежащего оформления медицинской документации и утверждение «все равно все требования не выполнишь, их слишком много». Все это, по нашему мнению, характеризует серьезную проблему, существующую в настоящее время в российском здравоохранении – нехватка специалистов, чрезмерные нагрузки на работающих и, как следствие, ненадлежащее качество медицинской помощи. Для разработки мероприятий, позволяющих повысить качество медицинской помощи, в том числе и для пациентов с онкологическими заболеваниями, необходимы усилия в области кадровой политики не только в конкретной медицинской организации, но и в системе здравоохранения региона в целом.

Список литературы

1. Ледовских Ю.А., Федяева В.К. Приверженность врачей следованию клинических рекомендаций: влияние на смертность при лечении солидных опухолей (систематический обзор и метаанализ). Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2024;46(2):28-39 DOI 10.17116/medtech20244602128
2. Цыганова О.А., Ясько Н.Н., Постоев В.А. Экспертиза качества онкологической

помощи как инструмент принятия управленческих решений. Социальные аспекты здоровья населения. 2024;1. Доступно по <http://vestnik.mednet.ru/cjntent/view/1561/30/lang.ru/> (дата обращения 24.11.25) DOI: 10.21045/2071-5021-2024-70-1-4

3. Цыганова О.А., Ясько Н.Н. Влияние результатов контрольно-экспертных мероприятий на формирование финансовой устойчивости медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования (на примере онкологической помощи). Специальные аспекты здоровья населения. 2025.1. Доступно по <http://vestnik.mednet.ru/cjntent/view/1727/30/lang.ru/> (дата обращения 24.11.25) DOI: 10.21045/2071-5021-2025-71-1-18

4. Старченко А.А., Устюгов А.В. Школа эксперта качества онкологической помощи: дефекты оценки эффективности лекарственной терапии (Часть2). Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. 2023;2:54-65 EDN: PFUQQA

5. Юркевич Р.В., Широченкова С.В. Экспертиза качества медицинской помощи пациентам с онкологической патологией. Вопросы онкологии. 2024;23(3):5-9 EDN: TSGXNT

6. Козлов В.А., Поляков Б.А. Оценка качества онкологической помощи населению. Вестник Ивановской медицинской академии. 2023;23(3):5-9 DOI: 10.52246/1606-8157-2023-28-3-5

7. Андреев Д.А. Разработка композитных критериев оценки качества онкологической помощи. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2022; 3:305-319 DOI: 10.24412/2312-2935-2022-3-305-319

8. Попова Н.М., Мустаев В.Р., Споркаев К.Э., и др. Проблемы организации онкологической службы в Удмуртской Республике в оценке врачей-онкологов. Интернаука. 2024;38-1(355):32-35 EDN: UEQSUN

9. Ломаков С.Ю., Вишняков Н.И., Кочорова Л.В., Кириллова Л.А. Проблемы организации онкологической службы крупного города в оценках врачей-онкологов. Уральский медицинский журнал. 2020;6(189):174-179 DOI: 10.25694/URMJ.2020.06.33

10. Шабардин А.М. Тальбаева А.Р. Оценка качества оказания медицинской помощи онкобольным по данным анкетирования пациентов. Наукосфера. 2023;12(1):72-78 EDN: SLLNTU

11. Улумбекова Г.Э., Альвианская Н.В., Петрачков И.В. Организация и финансирование онкологической помощи в РФ в 2018-2024 гг. Оргздрав: новости, мнения, обучения. Вестник ВШЦУЗ. 2022;8,1(27):33-74 DOI: 10.33029/2411-8621-2022-8-1-33-74

12. Есентаева С.Е., Жакъшбекова А., Сарсенбаева Г.Е., и др. Удовлетворенность медицинских работников в парадигме «пациент-ориентированной» онкологической помощи. Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. 2024;3(4):20-32 DOI: 10.24412/2790-1289-2024-3-20-32

References

1. Ledovskih Ju.A., Fedjaeva V.K. Priverzhennost' vrachej sledovaniju klinicheskim rekomendacijam: vlijanie na smertnost' pri lechenii solidnyh opuholej (sistematicheskij obzor i metaanaliz). [Physicians' adherence to clinical guidelines: impact on mortality in the treatment of solid tumors (a systematic review and meta-analysis)]. Medicinskie tehnologii. Ocenka i vybor [Medical Technologies. Assessment and Choice]. 2024;46(2):28-39. DOI: 10.17116/medtech20244602128 (in Russian)

2. Cyganova O.A., Jas'ko N.N., Postoev V.A. Jekspertiza kachestva onkologicheskoy pomoshhi kak instrument prinjatija upravlencheskih reshenij. [Expertise of the quality of cancer care as a tool for management decision-making]. Social'nye aspekty zdorov'ja naselenija [Social aspects of population health]. 2024;1. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1561/30/lang,ru/> (accessed 24.06.2025) DOI: 10.21045/2071-5021-2024-70-1-4 (in Russian)

3. Cyganova O.A., Jas'ko N.N. Vlijanie rezul'tatov kontrol'no-jekspertnyh meroprijatij na formirovanie finansovoj ustojchivosti medicinskih organizacij v sisteme objazatel'nogo medicinskogo strahovaniya (na primere onkologicheskoy pomoshhi) [The influence of the results of control and expert measures on the formation of financial stability of medical organizations in the compulsory medical insurance system (on the example of oncological care)]. Social'nye aspekty zdorov'ja naselenija [Social aspects of population health]. 2025. 1. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1727/30/lang,ru/> (date of access 24.06.2025) DOI: 10.21045/2071-5021-2025-71-1-18 (in Russian)

4. Starchenko A.A., Ustjugov A.V. Shkola jeksperta kachestva onkologicheskoy pomoshhi: defekty ocenki jeffektivnosti lekarstvennoj terapii (Chast' 2). [School of expert in the quality of oncological care: defects in assessing the effectiveness of drug therapy (Part 2)]. Objazatel'noe medicinskoe strahovanie v Rossijskoj Federacii [Compulsory medical insurance in the Russian Federation]. 2023;2:54-65 EDN: PFUQQA (in Russian)

5. Jurkevich R.V., Shirochenkova S.V. Jekspertiza kachestva medicinskoj pomoshhi pacientam s onkologicheskoy patologiej. [Expertise in the quality of medical care for patients with oncological

pathology]. Voprosy onkologii [Issues of oncology]. 2024; 70 (S3):186. EDN: TSGXNT (in Russian)

6. Kozlov V.A., Poljakov B.A. Ocenka kachestva onkologicheskoy pomoshhi naseleniju. [Assessment of the quality of oncological care to the population]. Vestnik Ivanovskoj medicinskoj akademii [Bulletin of the Ivanovo Medical Academy]. 2023;23(3):5-9 DOI: 10.52246/1606-8157_2023_28_3_5 (in Russian)

7. Andreev D.A. Razrabotka kompozitnyh kriteriev ocenki kachestva onkologicheskoy pomoshhi. [Development of composite criteria for assessing the quality of cancer care]. Sovremennye problemy zdavoohraneniya i medicinskoj statistiki. [Modern problems of health care and medical statistics]. 2022;3:305-319 DOI: 10.24412/2312-2935-2022-3-305-319 (in Russian)

8. Popova N.M., Mustaev V.R., Sporkaev K.Je., i dr. Problemy organizacii onkologicheskoy sluzhby v Udmurtskoj Respublike v ocenke vrachej-onkologov. [Problems of organizing oncological services in the Udmurt Republic in the assessments by oncologists]. Internauka. [Interscience].2024;38-1(355):32-35 EDN: UEQSVH (in Russian)

9. Lomakov S.Ju., Vishnjakov N.I., Kochorova L.V., Kirillova L.A. Problemy organizacii onkologicheskoy sluzhby krupnogo goroda v ocenkah vrachej-onkologov. [Problems of organizing cancer services in a large city in the assessments by oncologists]. Ural'skij medicinskij zhurnal [Ural Medical Journal]. 2020;6(189):174-179 DOI: 10.25694/URMJ.2020.06.33 (in Russian)

10. Shabardin A.M., Tal'daeva A.R. Ocenka kachestva okazaniya medicinskoj pomoshhi onkopol'nym po dannym anketirovaniya pacientov. [Assessment of the quality of medical care for cancer patients according to patient questionnaires]. Naukosfer [Naukosphere]. 2023;12(1):72-78 EDN: SLLNTU (in Russian)

11. Ulumbekova G.Je., Al'vianskaja N.V., Petrachkov I.V. Organizacija i finansirovanie onkologicheskoy pomoshhi v RF v 2018-2024 gg. [Organization and financing of cancer care in the Russian Federation in 2018-2024]. Orgzdrav: novosti, mneniya, obuchenija. Vestnik VShOU [Orgzdrav: news, opinions, training. Bulletin of the Higher School of Oncology and Healthcare]. 2022;8.1(27):33-74 DOI: 10.33029/2411-8621-2022-8-1-33-74 (in Russian)

12. Esentaeva S.E., Zhakshbekova A., Sarsenbaeva G.E., i dr. Udovletvorennost' medicinskih rabotnikov v paradigme «pacient-orientirovannoj» onkologicheskoy pomoshhi. [Satisfaction of medical professionals in the patient-centered oncological care paradigm]. Aktual'nye problemy teoreticheskoy i klinicheskoy mediciny. [Actual problems of theoretical and clinical medicine]. 2024;3(45):20-32 DOI: 10.24412/2790-1289-2024-3-20-32 (in Russian)

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Сведения об авторах

Цыганова Ольга Альбертовна - доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы, ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск) Минздрава России), 163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, 51. e-mail: olgatsyganova13@mail.ru, ORCID: 0000-0002-9233-8943, SPIN: 8765-8696

Ясько Наталья Николаевна - ассистент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы, ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск) Минздрава России), 163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, 51; директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Архангельской области, 163000, г. Архангельск, пр. Чумбарово-Лучинского, д.39, корп.1, e-mail: yasnn@arhofoms.ru, ORCID: 0009-0007-1031-8695, SPIN: 3378-4536

Постоев Виталий Александрович - кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой методологии научных исследований, ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск) Минздрава России), 163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, 51, e-mail: vipostoev@yandex.ru, ORCID: 0000-0003-4982-4169, SPIN: 6070-2486

About the authors

Tsyganova Olga Albertovna - MD, PhD, Associate Professor, Professor of the Department of Public Health, Healthcare and Social Work of Federal State Budgetary Institution of Higher Education "Northern State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation (FSBEI VO SSMU (Arkhangelsk) of the Ministry of Health of the Russian Federation), 163000, Arkhangelsk, Troitsky Ave., 51; e-mail: olgatsyganova13@mail.ru ORCID: 0000-0002-9233-8943. SPIN: 8765-8696

Yasko Natalja Nicolaevna - Assistant Professor of the Department of Public Health, Healthcare and Social Work of Federal State Budgetary Institution of Higher Education "Northern State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation (FSBEI VO SSMU (Arkhangelsk) of the Ministry of Health of the Russian Federation), 163000, Arkhangelsk, Troitsky Ave., 51; Director of Territorial Fund of Compulsory Medical Insurance of the Arkhangelsk Region, 163000, Arkhangelsk, Chumbarovo-Luchinsky Ave., 39, bldg. 1, e-mail: yasnn@arhofoms.ru ORCID: 0009-0007-1031-8695. SPIN: 3378-4536

Postoev Vitaly Alexandrovich - MD, PhD, Associate Professor, Head of the Department of Scientific Research Methodology of Federal State Budgetary Institution of Higher Education "Northern State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation (FSBEI VO

SSMU (Arkhangelsk) of the Ministry of Health of the Russian Federation), 163000, Arkhangelsk, Troitsky Ave., 51; e-mail: vipostoev@yandex.ru ORCID: 0000-0003-4982-4169. profile <https://orcid.org/0000-0003-4982-4169> SPIN: 6070-2486

Статья получена: 08.12.2025 г.
Принята к публикации: 25.09.2026 г.